FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — N° 544

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 13 Juillet 1900, à une heure

Par M. BONTE (DÉSIRÉ-JOSEPH)

NÉ A ARMENTIÈRES (NORD), LE 25 JANVIER 1875

L'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE

Nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur

(COLPOHYSTÉROTOMIE POSTÉRIEURE)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. TILLAUX.

Juges : MM. KIRMISSON, A. BROCA, WALTHER, agrégés

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — N° 544

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 13 Juillet 1900, à une heure

Par M. BONTE (DÉSIRÉ-JOSEPH)

NÉ A ARMENTIÈRES (NORD), LE 25 JANVIER 1875

L'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE

Nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur

(COLPOHYSTÉROTOMIE POSTÉRIEURE)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. TILLAUX.

Juges : MM. KIRMISSON. A. BROCA. WALTHER. agrégés

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	X...
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'éternelle reconnaissance
et d'amour filial.

—

A MES FRÈRES ET SŒURS

—

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur DURET

Professeur de Clinique Médicale

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

et de l'Académie de Médecine

—

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TILLAUX

Commandeur de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

La question du traitement de l'inversion utérine est très importante, car cette affection généralement consécutive à un accouchement, atteint le plus souvent des personnes jeunes, des personnes qui par conséquent sont en pleine vie sexuelle. C'est donc dans ce cas qu'il faudra faire de la chirurgie conservatrice et ne pratiquer l'hystérectomie qu'après avoir épuisé tous les autres moyens : l'ablation d'un organe n'est pas une victoire, c'est une défaite thérapeutique.

Nous n'étudierons pas, dans ce court travail, l'inversion utérine récente, celle qui peut se réduire par un simple taxis, nous aurons seulement en vue le traitement de l'inversion chronique. Les méthodes employées pour réduire cette variété d'inversion utérine sont très nombreuses : il existe des procédés non sanglants, tels que le taxis, le tamponnement et la pression continue, des procédés sanglants, tels que l'incision du col, la méthode de Barnes, de Gaillard Thomas et d'Otto Küstner. Mais ces méthodes ne donnent pas toujours des résultats

et dans bien des cas le chirurgien désarmé en arrive à l'amputation de l'utérus ou à l'hystérectomie, déterminant ainsi chez sa malade une ménopause précoce et avec elle des troubles généraux et nerveux quelquefois graves.

C'est pour diminuer les indications de ces opérations d'exception que nous avons cru intéressant de décrire un procédé spécial, employé avec un plein succès par M. le professeur Duret. Ce procédé fut imaginé par notre maître au cours d'une tentative de réduction, faite par le procédé d'Otto Küstner. Le cul de sac postérieur du vagin était ouvert, on avait pratiqué une incision médiane sur la paroi postérieure de l'utérus, incision commençant à deux cent. du fond de la matrice et s'arrêtant à deux cent. de l'orifice externe, comme le conseille le gynécologiste allemand ; malgré ce débridement la réduction restait impossible. Dès lors l'hystérectomie s'imposait, mais, avant de la pratiquer, M. Duret eût l'idée de prolonger en haut et en bas l'incision de la paroi postérieure, de faire, en un mot, une colpohystérotomie postérieure complète. Grâce à cette large libération, il put réduire sur place l'inversion utérine en retournant avec les doigts et le pouce les deux moitiés de l'utérus encore unies en avant ; puis, après avoir suturé la paroi utérine, il parvint à réintégrer l'organe dans la cavité péritonéale à travers la boutonnière du cul-de-sac postérieur. Les suites opératoires furent excellentes : la malade sortit peu de temps après son opération, ses règles reparurent normalement et, fait très

important, *elle devint enceinte et accoucha spontanément.*

Avant de décrire les indications et la technique opératoire de la nouvelle méthode que nous venons de signaler, nous étudierons les causes d'irréductibilité de l'inversion utérine et nous ferons connaître ensuite les accidents et les complications sérieuses qui peuvent survenir, lorsque l'inversion chronique n'est pas traitée. Un chapitre spécial sera consacré aux méthodes de traitement employées jusqu'ici. Notre sujet sera tout naturellement divisé en cinq parties principales.

Au moment de publier ce modeste travail qui clôture notre vie d'étudiant, notre pensée se dirige pleine de reconnaissance vers les maîtres qui ont fait notre éducation médicale.

A M. le professeur Duret, au maître bon et affectueux qu'il a été pour nous, nous adressons nos meilleurs remerciements, pour les solides leçons qu'il nous a données pendant notre internat. C'est lui qui nous a initié à la pratique chirurgicale et nous a fait aimer la gynécologie, en nous en facilitant l'étude. C'est un de nos meilleurs titres que de pouvoir nous regarder comme un de ses élèves.

Nous n'oublierons jamais l'extrême bienveillance et la confiance que nous a témoignées M. le prof. Eustache, pendant que nous étions son interne à la maternité S^te^-Anne. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Que M. Augier, notre maître à l'hôpital des enfants,

veuille bien accepter nos sincères remerciements pour nous avoir guidé avec tant de science dans la pathologie infantile.

Nous voulons aussi exprimer nos respectueux hommages à nos autres maîtres pour tout ce que nous avons appris dans leurs cliniques et leurs savantes leçons.

Il nous reste à témoigner notre sympathie à notre excellent ami Gérard Pujebet qui a mis si complaisamment son crayon artistique à notre disposition.

M. le prof. Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

CAUSES D'IRRÉDUCTIBILITÉ

Lorsqu'un médecin est appelé à traiter un cas d'inversion utérine, son premier soin est de faire des tentatives de réduction manuelle, il essaie tout simplement de désinvaginer la matrice retournée en doigt de gant. Il se trace ainsi la même ligne de conduite que s'il avait affaire à une hernie étranglée. Cette méthode, la plus rationnelle et la plus satisfaisante pour l'esprit, réussit presque toujours dans le cas d'inversion récente ; dans quelques circonstances la désinvagination se produit spontanément, car l'involution utérine ramène les choses en état au bout de quelques jours. Mais lorsqu'on a affaire à une inversion chronique, lorsque la matrice est revenue sur elle-même depuis un certain temps, le problème est plus difficile à résoudre et bien souvent on ne peut aboutir. L'irréductibilité est quelquefois prononcée à ce point que, pièce en main, après une autopsie, ou après l'ablation de l'organe par l'hystérectomie, on n'arrive pas à obtenir la moindre apparence de réduction. On comprend que dans ces cas, malheureu-

sement encore fréquents, le chirurgien soit obligé de pratiquer l'hystérectomie. Quelles sont donc les conditions qui empêchent de remettre l'utérus en position normale ?

Contraction. — Une des premières causes d'irréductibilité est fournie par la contraction ou le spasme du muscle utérin.

Ce spasme peut n'intéresser que le col, on trouve, à quelques centimètres de son orifice externe une série d'anneaux musculaires formant un véritable sphincter ; les fibres musculaires qui forment cet anneau peuvent se contracturer et empêcher toute réduction. On arrive facilement à sentir cet obstacle lorsqu'on essaie de réduire l'utérus par la méthode de refoulement central ; les doigts réunis en cône exercent une pression sur le fond de l'utérus inversé, il se forme ainsi un léger infundibulum ; si on cherche à pénétrer davantage, à augmenter la profondeur de cet infundibulum, on est bien vite arrêté au niveau du col et la résistance est dans certains cas invincible.

Cette contraction peut se produire même en dehors de toute manœuvre de réduction et on cite des exemples de véritables étranglements intestinaux. Dans une autopsie judiciaire pratiquée sur une femme morte après un accouchement, Gérard de Beauvais constata à l'ouverture de l'abdomen que la matrice était déprimée en cul-de-sac profond de 15 centimètres et large de 10, dans lequel s'était

engagée et fortement comprimée par le col, une anse d'intestin grêle d'une longueur de 30 centimètres, présentant une teinte rouge noirâtre et qu'il eût de la peine à dégager.

Dans certains cas, la contraction musculaire n'est plus limitée au col, elle atteint le muscle utérin, et cet obstacle se produit même lorsque la lésion est ancienne. Valentin de Vitry nous cite à ce sujet une observation très intéressante. Ayant affaire à une inversion chronique, datant de 16 mois environ, le chirurgien essaya de la réduire manuellement mais à chaque manœuvre la matrice durcissait en s'arrondissant et ne se laissait pas déprimer par les doigts. Ce n'est qu'après plusieurs tentatives et après avoir poussé l'éthérisation aussi loin que possible que l'organe devint plus souple et se laissa retourner.

Rétraction. — Quand l'inversion est ancienne, des transformations profondes se produisent dans la texture utérine, les fibres musculaires diminuent, du tissu scléreux envahit l'organe et à la contraction fait suite une rétraction qui rendra l'inversion complètement irréductible.

Dans ces conditions, on constate que l'entrée de l'orifice péritonéal utérin est petit, rétracté, presque filiforme. Il est froncé comme l'ouverture d'une bourse fermée; généralement, la partie correspondante du corps utérin est étranglée et l'utérus inversé ressemble à un polype à pédicule assez mince.

Barnes et Gaillard Thomas considèrent cette cause comme étant l'obstacle principal à la réduction et pour faciliter la rentrée de l'utérus, ils recommandent de pratiquer la dilatation du col. Le premier y arrive en divisant l'anneau par des incisions faites de haut en bas en différents points ; le second ne craint pas d'ouvrir la cavité péritonéale et d'aller avec une pince spéciale dilater directement l'anneau rétréci.

Tout comme le col, le corps utérin peut devenir dur, squirrheux ; il se rétracte alors et diminue sensiblement de volume. Il existe au musée de Son Bartholomew's Hospital un cas mentionné par West dans lequel l'utérus soumis à l'inversion était devenu si petit que l'orifice de la poche qu'il formait n'était pas plus gros qu'une plume.

Congestion. — La rétraction du col n'est pas seulement un obstacle direct au refoulement de l'utérus dans la cavité abdominale, elle agit encore indirectement, en comprimant les vaisseaux qui se rendent au fond de l'utérus, produisant ainsi une congestion et un œdème de l'organe. On comprend que dans ces conditions la matrice soit gênée dans sa rétraction physiologique et mette plus de temps à revenir sur elle-même que dans l'évolution puerpérale ordinaire. C'est dans ces cas que l'on a affaire à une tumeur globulaire, élastique sortie en grande partie du vagin et pendante entre les cuisses. La surface est plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure où elle est étranglée par l'orifice

utérin. Cette tuméfaction reste longtemps manifeste. Miller après trois mois, Cazin après sept mois, constataient que la matrice offrait encore le volume d'une grosse poire. Devant une masse aussi considérable, les tentatives de réduction doivent être précédées d'un véritable massage et pétrissage de la tumeur de façon à amener une décongestion. Le taxis dans ces cas ne doit pas être pratiqué avec les doigts réunis en cône, mais bien avec le poing fermé comme le faisaient Levret et Lazzati.

Mobilité de l'utérus. — La mobilité de l'utérus n'est pas à proprement parler une cause d'irréductibilité ; mais très souvent elle complique beaucoup les manœuvres de réduction et les rend extrêmement difficiles. C'est surtout dans la méthode de réduction par le taxis que l'on constate ces inconvénients : si dans ce cas on exerce directement des pressions sur le fond de l'utérus, sans avoir pris la précaution de fixer le col, on déterminera presque infailliblement des déchirures graves du vagin et des parties profondes. White de Buffalo en cite un exemple malheureux.

Pour obvier à cette mobilité, on a imaginé une foule de procédés : certains chirurgiens fixent l'utérus en exerçant une contre pression sur le col à travers les parois abdominales, mais cette méthode est mauvaise puisqu'elle empêche le fond du globe utérin de refouler vers la cavité abdominale ; de plus, elle est souvent inefficace car l'organe glisse et

change à chaque instant de position ; d'autres, avec Courty, introduisent deux doigts dans le rectum et accrochent les ligaments larges, pendant qu'on exerce des pressions sur le fond de l'utérus. Cette méthode a l'inconvénient de déterminer souvent des déchirures de la muqueuse rectale, et Courty lui-même fut obligé d'abandonner son procédé pour prendre celui de Aran, qui consiste à saisir directement le col par le vagin et à le fixer à l'aide d'érignes, de fils métalliques ou de pinces de Museux.

Péritonite infundibulaire. — Bien souvent il se produit au niveau des parois de l'infundibulum une véritable inflammation avec péritonite localisée. Les tiraillements péritoneaux, la gêne apportée à la circulation de l'organe par la contraction du col, provoquent une congestion de la séreuse péritonéale et bientôt on voit le sérum transsuder à travers les capillaires dilatés, la fibrine se coagule et on assiste à la néoformation de vaisseaux et à la production d'adhérences nombreuses. Lorsque le sac utérin ne contient pas d'organes et qu'il communique avec la cavité abdominale par un orifice étroit, les parois s'adossent l'une à l'autre et l'inflammation a pour seul résultat d'amener l'obstruction complète de l'infundibulum ; en même temps, les ligaments ronds et utéro sacrés se soudent entre eux et forment une corde inextensible qui, au sortir du sac oblitéré, va rayonner sur le bassin.

Les lésions peuvent être plus complexes : l'utérus

inversé peut ne pas revenir sur lui-même, son col peut être dilaté et on aura entre la vessie et le rectum une poche qui contiendra soit l'ovaire, soit l'intestin l'épiploon, soit même la vessie ou le rectum. Tous ces organes, par la pression qu'ils exercent les uns sur les autres, déterminent, à la longue, des adhérences entre eux ou avec la paroi du sac. Velpeau et Luytgoerens pour l'ovaire, Lisfranc pour l'intestin et l'épiploon, en citent des exemples remarquables.

Cette cause d'irréductibilité est très importante : elle peut apporter un obstacle insurmontable à la réduction. De plus, elle doit faire réfléchir le médecin qui cherche à désinvaginer l'utérus, car la rupture de ces adhérences ne peut-elle pas, même dans des manœuvres de réduction, adroitement faites et bien conduites, amener des complications graves telles qu'hémorragie et péritonite généralisée ?

On trouve, d'ailleurs, dans le remarquable ouvrage de Denucé, des exemples d'accidents mortels qui sont, en grande partie, attribuables à cette cause. « Nous avons relevé un cas de mort noté par West, à la suite de la simple application d'un pessaire à air, et un cas de mort de Lawson Tait, à la suite de l'application d'un pessaire à eau ; nous notons encore un cas de mort entre les mains de Swiedenski, à la suite de la réduction d'une inversion de trois ans ; deux cas de mort survenus dans la pratique de White de Buffalo, après la réduction d'une inversion de quinze mois, enfin, quatre cas de mort, comprenant, il est vrai, probablement, les deux cas de Withe, relatés

dans la statistique de Barnes sur dix opérations de taxis forcé. »

En revanche, la péritonite infundibulaire peut être une complication heureuse que l'on cherche même à produire dans certains cas. Elle a, en effet, lorsque se produit la chute du fond de l'utérus séparé par le sphacèle ou la constriction élastique, le grand avantage de fermer la porte d'entrée de la cavité péritonéale et de diminuer ainsi les chances de péritonite.

Incoercibilité. — Pour en finir avec ces différentes causes d'irréductibilité, nous devons citer une complication curieuse de l'inversion utérine. Complication grave, puisqu'elle peut exiger un traitement tout aussi radical que celui des inversions irréductibles ; je veux parler de ce que l'on a appelé l'incoercibilité utérine. Dans certains cas, la matrice renversée perd toute contractilité aussi bien au niveau de son col que de son corps, elle se présente sous la forme d'une tumeur molasse, très dépressible. La réduction en est très facile, il suffit de faire un simple taxis ou même de mettre la femme dans une certaine position et aussitôt l'utérus reprend sa place ; mais cette guérison n'est que passagère, l'organe privé de résistance, soutenu par des ligaments relâchés, retombe dès que la force cesse d'agir et l'inversion se reproduit. On n'arrive pas à rendre à l'utérus sa contractilité, et tous les moyens employés : les irritants, l'ergot de seigle, les douches sont impuis-

sants. Baldy cite à ce sujet une observation intéressante dans laquelle la suture même de l'organe à la paroi abdominale ne put empêcher la reproduction de l'inversion.

C'est à cette même cause qu'il faut rapporter ces cas de récidives sans cause apparente appréciable. Dès 1725, Leblanc, chirurgien d'Orléans, cite une observation de récidive après dix jours. Le docteur Belin, de Dijon, en a publié une autre survenue après sept semaines. Korn a signalé une réinversion après neuf jours.

PRONOSTIC DE L'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE

Les accidents, qui accompagnent le renversement de la matrice devenu irréductible, sont-ils assez considérables et assez alarmants pour forcer le chirurgien à intervenir ? C'est la question qu'il faut se poser avant d'entreprendre un traitement chirurgical sérieux. Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, surtout s'il s'agit d'une femme jeune, car non seulement cette affection est une gêne insupportable pour la malade, mais encore elle peut donner lieu à des complications sérieuses qui mettent les jours en danger.

Il y a d'abord les douleurs qui sont variables comme forme et comme intensité. En règle générale, elles diminuent à mesure que la maladie devient chronique : on n'est pas habitué à voir dans les cas d'inversion irréductible ces douleurs violentes, intolérables, s'irradiant dans les cuisses et les aines qui donnent aux malades atteintes d'inversion récente l'idée qu'on leur arrache les entrailles. On a plutôt

affaire à un état constamment douloureux dans la région du bas ventre et cet état est dû au tiraillement du péritoine par la matrice en mauvaise position. L'organe n'est plus fixé par ses ligaments, aussi a-t-il une tendance à s'abaisser, à sortir du vagin et en même temps il exerce des tractions continuelles sur le péritoine, les ligaments ronds, les trompes et les ovaires. Instinctivement la malade cherche à diminuer ces douleurs en restant couchée en demi cercle pendant une bonne partie de la journée, elle n'ose se redresser et c'est en se tenant courbée qu'elle essaie de faire quelques pas. Quand les ovaires sont enfermés dans l'infundibulum, il peut se produire des douleurs tout-à-fait spéciales que l'on a comparées à celles observées dans le cas de tumeur testiculaire avec albuginée intacte ; elles se déclarent lorsque les ovaires s'enflamment ou même plus simplement lorsqu'ils se congestionnent sous l'influence de la menstruation. La résistance du tissu utérin ne permet pas à ces organes de se dilater, de prendre l'extension que comporte leur nouvel état et il s'en suit nécessairement de la douleur accrue encore par la sensibilité spéciale de l'organe.

Outre la douleur, l'inversion détermine souvent de la gêne dans la miction ou la défécation. On a observé de l'incontinence produite par l'irritation de la vessie, mais le plus souvent il y a rétention plus ou moins complète. Certains malades sont obligés, pour uriner, de repousser avec la main la tumeur qui remplit le vagin et comprime les organes de

l'excavation ; d'autres n'y arrivent pas et le cathétérisme seul peut les soulager.

Lorsque l'inversion est du troisième degré et forme une tumeur visible à l'extérieur, on voit fréquemment survenir des lésions très graves. Ces lésions sont produites par le frottement des vêtements, ou le contact des liquides irritants ou septiques, tels que l'urine et les secrétions vaginales ; la congestion et l'œdème de l'organe produits par la rétraction du col sont encore des causes adjuvantes importantes à signaler. On voit survenir des excoriations de la muqueuse utérine, des ulcérations et avec elles un écoulement purulent, très abondant, qui épuise davantage la malade. Ces ulcérations peuvent devenir cancéreuses, on en trouve un bel exemple au musée de London-Hospital. « L'ulcération, dit Ramsbotham à propos de ce cas, a presque totalement détruit le tissu utérin et a percé un trou dans la cavité péritonéale. Il s'est manifestement développé un cancer épithélial de la membrane utérine. »

Les lésions irritatives ne restent pas toujours limitées à la muqueuse utérine, elles se propagent soit par continuité, soit par l'intermédiaire des lymphatiques aux tissus et organes voisins. C'est ainsi que l'on a pu voir se développer des salpingites, des périmétrites et même des péritonites généralisées.

Dans des cas fort rares, l'inflammation se propage au vagin, les grandes lèvres de la vulve se tuméfient

et viennent étrangler l'utérus. Dans un cas de ce genre, Gillo, après avoir fait de vains efforts de réduction, fut obligé de pratiquer divers incisions avec le bistouri, dirigé sur le doigt indicateur pour obtenir le débridement de l'entrée du vagin, après quoi la réduction se fit avec la plus grande facilité.

A côté de ces lésions irritatives, il faut citer aussi l'hémorrhagie, complication très importante et très fréquente et ceci ne doit pas nous étonner : le tissu utérin à l'état normal est un des plus vasculaires de l'économie, la disposition spéciale de ses artères hélicines et de ses sinus le démontrent bien. Or, lorsque l'utérus est inversé, la contraction du col y détermine, en outre, une sorte de stase qui gorge de sang cet organe. Cette congestion atteint son maximum au moment des règles, et à cet époque on a pu constater des hémorrhagies foudroyantes. Le moindre attouchement, une simple exploration vaginale suffisent pour déterminer des pertes de sang considérables ; on comprend à quel état de faiblesse peuvent arriver ces malades. Généralement, elles sont pâles, languissantes, leurs muqueuses décolorées et bien souvent elles sont sujettes aux étourdissements et aux syncopes. Lorsque les métrorrhagies sont fréquentes, l'organisme n'arrive plus à réparer ses pertes et le sang est remplacé par une sérosité à peine teintée en rouge ; on arrive ainsi à l'épuisement mortel.

Dans certains cas et en particulier quand on a affaire à des personnes âgées, on peut voir une dimi-

nution et même une disparition de tous ces symptômes : la muqueuse utérine devient dure, scléreuse et insensible aux agents irritants, l'hémorragie elle-même peut cesser surtout lorsque la menstruation a disparu du fait soit de la ménopause, soit de la lactation. Dans ces conditions l'inversion peut parfaitement être compatible avec la vie et n'occasionner que très peu d'accidents. West cite deux observations intéressantes où ses malades menaient la vie commune, se livrant même à des travaux fatigants. Lisfranc raconte dans ses cliniques chirurgicales qu'il découvrit au cours d'une autopsie deux cas d'inversion méconnus pendant la vie.

Chevreul, d'Angers, cité par Denucé, mentionne un cas plus intéressant et qui, au premier abord, peut paraître invraisemblable : il s'agit d'une femme qui, malgré son inversion, devint enceinte. L'inversion reconnue avant la grossesse aurait encore été constatée 6 jours avant l'avortement, ce dernier eut lieu à 3 mois. La femme expulsa un embryon long de cinq pouces. Chevreuil put s'assurer que la matrice était réellement inversée et pense que la grossesse a eu lieu dans une des trompes dilatées.

Réductions spontanées. — Enfin pour en finir avec le pronostic de l'inversion chronique et pour être complet, nous devons parler d'un mode de guérison naturel, qui a été nié pendant longtemps, mais que l'on est obligé d'admettre aujourd'hui, je veux parler des réductions spontanées.

Dans plusieurs observations relatées à ce sujet, il s'agissait d'inversions qu'on avait plusieurs fois essayé de réduire et qui avaient résisté aux différents procédés employés.

La cause de ces réductions paraît variable. Dans une observation de Darvan elle est due à une énorme accumulation de matière fécales dans le rectum, qui remplissait la concavité du sacrum et refoulait l'utérus vers l'arcade pubienne agissant ainsi comme un véritable pessaire.

Dans une autre observation, la réduction s'obtint par un simple séjour prolongé au lit ; en voici l'explication du docteur Spiegelberg, l'auteur de l'observation : « Pendant tout le temps que la malade resta couchée, l'utérus fut soulevé par la position même de la femme, les ligaments ronds et les ligaments larges s'accomodèrent de cette nouvelle situation ; mais pendant les évacuations, le vagin ainsi que la portion vaginale de l'utérus, étant portée en bas, les ligaments suspenseurs de l'utérus, ne cédant pas, firent pour ainsi dire une contre extension et ramenèrent ainsi le fond dans sa position normale. »

Baudeloque rapporte un cas où ce fût un traumatisme qui détermina cette réduction :

« Une jeune dame Boucharlatte, venue des colonies pour se faire soigner à Paris, avait une inversion datant de huit ans, par suite des hémorrhagies très fréquentes, elle était dans un état d'épuisement presque complet. Une première tentative de réduction fut faite sans succés. Une seconde tentative fut

proposée. La veille du jour fixé, un ami voulut, pour distraire la malade, la promener dans sa chambre ; comme elle y mit de la résistance, ses mains s'échappèrent de celles qui l'enlevaient de dessus sa chaise et elle retomba brusquement assise sur le parquet. Un mouvement extraordinaire et une douleur aiguë se firent sentir dans le ventre ; la malade perdit un instant connaissance. Baudeloque, appelé, constata que la réduction était accomplie. »

Dans toutes ces réductions spontanées, l'appareil suspenseur de l'utérus joue un rôle très important, l'accumulation de matières fécales dans le rectum, les efforts répétés de coït, la position horizontale, les traumatismes sur le périnée ou le bassin ont simplement pour effet de repousser, de faire remonter l'utérus ; les ligaments, surtout les ligaments ments ronds, par leur tonicité et leur tendance à se rétracter, tendent à désinvaginer l'organe, car ils s'insèrent d'une part sur la circonférence du bassin, et d'autre part sur le fond de la matrice inversée.

On a cité des exemples d'autres genres de guérison naturelle, mais ici, avec perte de la matrice. Ils se produisent dans les cas de gangrène, provoquée par une inflammation ou par la rétraction du col.

Le fond de l'utérus se sphacèle et s'élimine en provoquant ainsi une véritable hystérectomie naturelle. Ces cas sont encore rares, et bien souvent lorsque l'utérus s'élimine par gangrène, on peut voir survenir une septicémie mortelle.

Pour conclure ce chapitre, nous dirons que l'on ne peut espérer une guérison naturelle de l'inversion utérine, on ne l'a observée, jusqu'ici, qu'une quinzaine de fois. On ne peut pas non plus espérer une diminution des symptômes ; si la matrice inversée n'a provoqué dans des cas rares que très peu de lésions, en revanche, elle constitue un danger constant ; à la moindre fatigue, au moindre contact, le foyer peut se rallumer, et on assistera à des péritonites ou des hémorrhagies mortelles. Les statistiques, d'ailleurs, démontrent bien la gravité des inversions, les plus récentes donnent une mortalité de 65 %.

Le devoir du chirurgien, en présence d'une inversion chronique est donc d'opérer. Mais quelle ligne de conduite doit-il suivre ? A quelle intervention doit-il se décider ? C'est ce que nous étudierons dans le chapitre suivant.

DES MÉTHODES EMPLOYÉES

dans le traitement de l'inversion utérine chronique.

Les méthodes employées pour traiter l'inversion utérine sont extrêmement nombreuses et montrent combien il est difficile, dans certains cas, de guérir cette affection sérieuse. Le chirurgien, en présence d'une inversion, doit d'abord se servir des méthodes les plus simples et présentant le minimum de danger pour sa malade ; en un mot, avant de se décider à une intervention opératoire il doit avoir épuisé tous les procédés de douceur. Ces procédés d'ailleurs, réussissent très souvent, alors même que l'inversion paraissait irréductible. On les a vu donner des résultats heureux dans des cas d'inversion remontant à neuf, dix et même trente ans. Il semble donc qu'il n'y ait pas de limite de temps et que l'ancienneté de l'inversion ne soit jamais une contre-indication formelle au traitement conservateur.

Nous ne ferons que relater ces procédés de douceur sans entrer dans les détails.

Le premier procédé, celui qui vient d'abord à l'esprit de tous est de refouler avec la main l'utérus inversé, c'est ce que l'on appelle le taxis. On en distingue trois variétés :

Le taxis par refoulement central. (Méthode de Viardel) ;

Le taxis par refoulement latéral. (Méthode de Deleurge) ;

Le taxis par refoulement périphérique. (Méthode d'Amand).

Ce taxis utérin est comparable au taxis appliqué sur l'intestin dans le cas de hernie. Comme ce dernier, il a pour but la réduction d'un organe et son refoulement, comme lui aussi il doit être pratiqué avec douceur, aller lentement dans ce cas, c'est aller vite. Mais à l'encontre du taxis pratiqué sur l'intestin qui doit être de courte durée, le taxis utérin peut être prolongé un peu plus longtemps, puisque l'utérus est moins sensible qu'une anse congestionnée (Persin). Bien plus, des manœuvres prolongées décongestionnent et diminuent la matrice de volume facilitant ainsi son refoulement à travers l'orifice trop étroit que forme le col.

La main peut être remplacée par un instrument : on a inventé à cet effet un grand nombre de repoussoirs. Celui de Viardel est le plus simple : il se compose d'une tige renflée à une de ses extrémités. Celui de White, de Buffalo, porte d'un côté une petite cuvette pour contenir le fond de l'utérus, de l'autre

un ressort métallique qui permet une pression continue.

On se sert encore soit du pessaire à air de Gariel (Méthode de Tyler Smith), soit du pessaire à eau ou colpeurynter, soit enfin du repositoire d'Aveling.

Le tamponnement à la gaze iodoformée, les douches produisent aussi d'excellents résultats en agissant mécaniquement par pression et en excitant la contractilité utérine.

En 1897, Poney, de Montevideo, préconisait dans la *Semaine gynécologique* un nouveau procédé de taxis instrumental : on passe 6 gros fils de soie équidistants à travers le col de l'utérus ; on attache ces fils à des tubes élastiques que l'on fixe à la périphérie du pavillon du stéthoscope dont la cupule est placée sur le fond de l'organe ; on produit ainsi une pression douce sur le fond de l'utérus qui se trouve poussé dans l'intérieur d'un canal qui n'est autre que la cavité cervicale, canal dont la longueur augmente progressivement par suite de la traction exercée sur le col.

Tous ces procédés de douceur ont donné d'excellents résultats, mais à condition d'être employés pendant un temps très long ; on a cité un cas de Howitz dans lequel la réduction ne s'obtint qu'après quatre mois de traitement ininterrompu. Cette efficacité est admise par un grand nombre de chirurgiens, Pozzi et Hofmerier en particulier. Ce dernier a même eu par ces procédés 23 succès sur 34 cas.

Lorsque le traitement de douceur, tout en étant

employé avec patience et selon les règles, n'a pas donné de résultats, le chirurgien ne doit pas s'avouer vaincu. Avant de pratiquer l'hystérectomie, il doit essayer diverses méthodes que nous allons énumérer et qui sont basées sur les causes d'irréductibilité, étudiées dans le chapitre premier.

Nous avons montré que la principale cause de l'irréductibilité était la rétraction du col, nous verrons que c'est pour vaincre cet obstacle que l'on a employé le plus grand nombre de méthodes.

Millot, pour obtenir cette dilatation, pratiquait sur le col des incisions en différents points; cette méthode ne pouvait donner que de médiocres résultats, car on n'intéressait ainsi que la partie libre du col au voisinage de l'orifice externe; or, comme le dit Denucé, c'est vers l'orifice interne qu'existe la contraction principale et cet orifice se trouve trop immédiatement en rapport avec le péritoine pour qu'il n'y ait pas quelque danger à faire des incisions assez profondes pour être efficaces.

Barnes a repris ce procédé et l'a perfectionné; pour arriver à intéresser dans ses incisions le véritable agent d'étranglement; il abaisse l'utérus au moyen d'un lacs et transforme ainsi l'inversion du 2e degré en inversion du 3e degré. On a ainsi sous les yeux un anneau rétréci correspondant à l'orifice interne du col, anneau qu'on arrive facilement à libérer. Toutefois ce procédé a l'inconvénient de provoquer des hémorrhagies dont Barnes, lui-même, nous donne un exemple; on a aussi cité des cas de péritonite et de rupture de la matrice.

En 1869, Gaillard Thomas fit connaître un procédé spécial resté célèbre. Le chirurgien anglais l'appliqua sur une femme qu'il avait traitée huit jours auparavant par la méthode de Barnes. Il avait renoncé à cette dernière méthode, parce qu'en faisant une incision libératrice sur le col, il avait eu un écoulement de sang jaillissant abondamment d'une artère grosse comme la radiale. Voici comment il opère : un aide ayant sa main dans le vagin, soulève l'utérus de façon à le porter jusque sous la paroi abdominale, le chirurgien fait alors une incision sur la ligne médiane, laisse la plaie exposée à l'air jusqu'à ce que tout suintement ait cessé, puis il incise le péritoine et introduit le doigt dans l'infundibulum utérin. S'il y a des adhérences, on les enlève, s'il y a de l'épiploon ou de l'intestin, on s'en débarrasse. On introduit ensuite un dilatateur en acier, analogue à l'instrument qui sert à ouvrir les doigts de gants, et on dilate ainsi le rétrécissement.

La dilatation est généralement facile, mais le col se resserre quand on enlève l'instrument. Il faut s'armer de patience et répéter la manœuvre. Gaillard Thomas, dans le seul cas qu'il réussit, dut replacer son dilatateur trois ou quatre fois, il perfora même la paroi antérieure de l'utérus, et un de ses doigts passa entre l'utérus et la vessie.

La méthode de Thomas n'a guère donné de résultats jusqu'ici ; l'auteur perdit une opérée sur deux. Malin en 1885, Mundo en 1889 durent terminer leur opération par l'amputation de l'organe. Baldy, en 1891, n'eut pas plus de succès.

Malgré ces revers, il nous semble que le procédé peut avoir des indications. Sans doute, à l'époque où Gaillard Thomas opérait, il devait paraître téméraire de faire une laparotomie : ouvrir un ventre, toucher au péritoine, c'était s'exposer à des accidents redoutables ; mais de nos jours, avec l'antisepsie rigoureuse dont nous pouvons disposer, il est certain qu'une courte incision abdominale ne fait courir aucun danger. La méthode a un immense avantage : elle permet de se rendre compte de visu de l'état des organes du petit bassin, de constater l'état de contraction du col et de juger des adhérences quand elles existent. Somme toute, on peut admettre le plaidoyer de Gaillard Thomas en faveur de son procédé. « Malgré mes insuccès, je n'hésite pas, disait-il, à déclarer que dans un cas qui aurait résisté à toutes les méthodes ordinaires, taxis, pression élastique, etc., et dans lequel il n'y aurait d'autres ressources que l'amputation, je mettrai de nouveau mon procédé en pratique. » Bouilly est de cet avis et se déclare partisan de la dilatation par la voie abdominale.

En 1899, Carl Everke (1) préconise un procédé analogue à celui de Gaillard Thomas, mais il pratique la dilatation de l'anneau par des incisions sans se servir de pinces dilatatrices. Après laparatomie, il fait d'abord une incision superficielle à la partie antérieure et moyenne du bourrelet cervical, il en

(1) *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynakologie*, vol. IX, n° 1, page 89.

fait ensuite une seconde très profonde, comprenant toute l'épaisseur de la paroi utéro-vaginale et située à la partie postérieure du même bourrelet, en un point diamétralement opposé à celui de la première incision ; la réduction s'effectue sans difficulté en refoulant de bas en haut, par le vagin, la tumeur constituée par la matrice invaginée.

Backer Brown pour vaincre la rétraction du col emploie un procédé tout différent de celui de Thomas ; au lieu d'aller attaquer le rétrécissement par la cavité abdominale, il ouvre le fond de l'utérus inversé, introduit par cette brèche un dilatateur analogue à celui de Thomas et produit ainsi une dilatation de l'orifice. Ce procédé a l'inconvénient d'agir un peu à l'aveuglè et de laisser une communication entre la cavité abdominale et l'intérieur de l'utérus. Il n'a guère été employé.

Mundé en 1885 fit une laparatomie, traversa le fond de l'utérus inversé par un fil dont l'extrémité vaginale portait un bouton, puis avec l'extrémité abdominale du fil, il exerça des tractions énergiques mais le chirurgien eut un insuccès, car le bouton traversa le tissu friable de l'utérus.

Procédé d'Otto Küstner. — Parmi le procédés que l'on avait préconisés jusque dans ces derniers temps, il me semble que celui qui satisfaisait mieux l'esprit était celui d'Otto Küstner. Il avait l'avantage d'être une combinaison de la méthode de Barnes (incision du col) et de celle de Courty (fixité du col) et pouvait

s'appliquer à un grand nombre d'inversions considérées comme irréductibles. Son procédé parut en 1894 (1), en voici la description sommaire :

1° Large incision de la cavité de Douglas ;

2° Par cette ouverture, introduction d'un doigt dans l'anneau d'étranglement, chemin faisant s'il y a lieu, décollement des adhérences péritonéales ;

3° Incision médiane et longitudinale de la paroi postérieure de l'utérus en commençant par la muqueuse. L'incision part à deux centimètres du fond de la matrice et s'arrête à deux centimètres de l'orifice externe : elle intéresse toute la paroi, y compris le péritoine.

4° Réduction de l'utérus, l'index fixant le col par la cavité de Douglas et le pouce de la même main repoussant le fond de l'utérus ;

5° Suture de la paroi utérine à la surface péritonéale par des fils superficiels et profonds ;

6° Suture de la cavité de Douglas.

Ce procédé nous paraît très rationnel et il n'est pas douteux qu'il puisse donner de brillants succès. Il a l'avantage de laisser intact l'orifice externe du col utérin, tout en faisant disparaître l'agent d'étranglement. Cet agent en effet est situé, comme le dit Testut, à l'union du corps et du col utérin, il est constitué par un anneau musculaire que forment les fibres horizontales de l'utérus, anneau régulier et très épais que certains auteurs ont improprement

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, 14 octobre 1894.

désigné sous le nom de sphincter de l'isthme. En faisant une incision telle que la recommande Küstner dans le 3e temps de son opération, on est certain de l'intéresser dans sa section.

Un second avantage de la méthode est la possibilité d'aller fixer directement le col par l'incision du cul de sac vaginal et par conséquent de rendre plus efficace les pressions exercées sur le fond de l'utérus, c'est ce que faisait Courty lorsqu'il accrochait les ligaments larges avec les doigts introduits dans le rectum ; mais dans la méthode allemande, il n'y a plus interposition de la paroi intestinale et, par suite, il est plus facile de maintenir l'utérus.

Otto Küstner a employé plusieurs fois son procédé avec succès et il compte maintenant de nombreux partisans. Voici à ce sujet l'opinion du Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux : « Ce procédé, dont je n'avais pas connaissance au moment où j'ai pratiqué cette opération (hystérectomie vaginale totale), me semble très rationel, et si j'avais à traiter une inversion à nouveau, je n'hésiterais pas à y avoir recours et à pratiquer cette opération exploratrice à la fois et libératrice qui n'engage à rien si elle ne réussit pas et n'empêche pas de terminer par l'hystérectomie vaginale ». *(Bulletin de la Société anatomique,* 8 juin 1894).

Cependant, quoique la méthode soit de date récente et n'ait été employée que dans un petit nombre de cas, elle compte déjà des insuccès.

En Suède, nous en trouvons plusieurs observa-

tions : Salis et Josephon *(On inversio uteri Hygica*, 1892, Bd II, page 55) ont chacun échoué par cette méthode et ont dû procéder à l'extirpation de l'utérus. Il est vrai que Netzel *(Hygica,* 1896, Bd I, page 45) a employé la méthode avec succès dans un cas, mais il fait remarquer que l'utérus, pour pouvoir être poussé par l'anneau d'inversion, doit être comprimé à un haut degré. A signaler aussi un cas de succès de Robb (*Ref. in Fromml's Jahresbericht*, Bd. VIII, 1895) et un autre de Perlis (*Centralblatt für Gynækologie*, 1898, n° 9).

M. le professeur Duret a essayé cette méthode mais il a échoué, et c'est devant cet échec qu'il a été amené à pratiquer la colpohystérotomie postérieure. Ce nouveau procédé imaginé par notre maître nous paraît à l'heure actuelle le meillenr mode de traitement conservateur, car, comme nous le verrons plus loin, il permet de réduire l'utérus presque à ciel ouvert. Avant de décrire ce procédé qui, pour nous, est le procédé de choix, disons un mot des méthodes d'ablation de l'utérus inversé.

Ablation de l'utérus. — La méthode la plus simple pour se débarrasser d'une matrice inversée est l'excision. On abaisse l'utérus avec des pinces ou un lien élastique, et on en pratique la section au moyen de bistouris ou de ciseaux ; bien souvent, cette opération a été faite par des personnes ignorantes ou des médecins croyant avoir affaire à un polype ; chose curieuse, même dans ces conditions, la méthode a

pu réussir. Il faut en principe l'abandonner, car elle elle expose à des hémorrhagies sérieuses, et aussi à la péritonite, à cause de la communication entre le vagin et le péritoine. Enfin, elle laisse un moignon qui va porter le sang et les exsudats dans la cavité péritonéale.

Poúr obvier à ces inconvénients, on a employé l'écraseur linéaire de Chassaignac ou le constricteur de Maisonneuve. Mais cette méthode n'a guère produit de meilleurs résultats, car si en opérant lentement, même en plusieurs heures, on arrive à ne pas avoir d'hémorrhagies, il est certain que la péritonite est à craindre, puisqu'il ne peut pas exister d'adhérences suffisantes pour isoler la cavité abdominale.

L'écraseur a été remplacé par la cautérisation à l'aide de caustiques ou du galvanocautère, mais les essais dans cette voie n'ont pas été encourageants, car on a obtenu une proportion de 62 à 63 °/₀ de morts.

La méthode d'ablation de l'utérus par la ligature a été jusque dans ces derniers temps la plus généralement employée. Elle comprend trois procédés principaux, le dernier seul a survécu.

On peut d'abord employer la méthode de la ligature fixe, c'est le procédé le plus simple : il suffit d'attirer la matrice et d'engager autour du pédicule de la tumeur un nœud que l'on serre vigoureusement. Dans ces conditions, l'élimination du fond de l'utérus est très lente, elle ne se fait que du 20ᵉ au 30ᵉ jour. Aussi vaut-il mieux employer le procédé par ligature à pression répétée, on y arrive soit en appliquant une

série de ligatures fixes, successives, soit en se servant d'un serre-nœud, tube de Levret, de Gooch, soit encore en employant le constricteur métallique de Maisonneuve.

Avec ces deux premières méthodes on ne pouvait obtenir que des constrictions intermittentes, il en résultait une certaine persistance dans la vitalité ou au moins dans la perméabilité vasculaire de l'axe du pédicule. Pour obvier à cet inconvénient, Périer se servit de liens en caoutchouc qui, à l'aide d'un instrument très simple pouvaient être tendus de plus en plus, il obtint ainsi une pression continue beaucoup plus efficace.

La méthode de Périer a donné d'excellents résultats, elle a été appliquée pendant de longues années avec de nombreux succès. Mais depuis quelque temps, grâce aux progrès de l'antisepsie, grâce au perfectionnement de la technique opératoire, elle est détrônée par sa méthode rivale : l'hystérectomie. Les opérations de ligature qui devenaient la règle dans le traitement de l'inversion tendent maintenant à devenir l'exception, parce qu'elles peuvent présenter de nombreux inconvénients : le principal est le danger de la septirémie qui peut se déclarer, par résorption de produits septiques au niveau de l'ulcération produite par la ligature et cette complication sera d'autant plus fréquente que la partie gangrénée de l'utérus mettra plus de temps à s'éliminer. Dans certains cas aussi la péritonite adhésive qui est sollicitée pour l'oblitération du conduit péritonéal peut dépasser son but et se

changer en pelvi-péritonite ou même en péritonite généralisée. Enfin on peut voir survenir des hémorrhagies sérieuses.

Pour toutes ces raisons, on a maintenant une tendance à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Cette opération bien conduite entre les mains de chirurgiens très expérimentés réussit généralement. C'est à Baldy, Duret et Legueu que revient l'honneur d'avoir les premiers, employé systématiquement l'hystérectomie comme traitement des inversions utérines irréductibles.

La technique opératoire diffère suivant les chirurgiens. M. le professeur Duret a fait connaître la sienne au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896 : « Il incise d'abord le cul de sac antérieur du vagin, il fait tomber perpendiculairement à la première une seconde incision qui divise la face antérieure de l'utérus jusqu'au fond. Il ouvre transversalement le cul de sac postérieur et achève l'hémisection utérine, par une incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute leur épaisseur. Le chirurgien attire en bas chacune des deux moitiés et place très haut des ligatures très serrées à la soie; on coupe en dedans des ligatures et l'opération est terminée. »

Ce procédé d'hémisection décrit par notre maître, rend l'opération plus facile et on peut dire que l'hystérectomie vaginale ainsi pratiquée est une méthode sûre, rapide et sans inconvénients. Cepen-

dant, malgré ces beaux résultats, elle doit toujours rester une opération d'exception, car, en rendant les femmes stériles, elle peut avoir des conséquences terribles au point de vue social.

C'est pour cette raison que nous allons décrire un nouveau procédé chirurgical conservateur qui, nous l'espérons, est appelé à diminuer les indications de l'hystérectomie.

LA COLPOHYSTÉROTOMIE POSTÉRIEURE

(Indications et historique de la méthode)

La colpohystérotomie postérieure, que nous proposons comme traitement des inversions chroniques, a l'immense avantage de permettre la réduction d'inversions que l'on considérait naguère comme tout à fait irréductibles et pour lesquelles il ne restait plus qu'une ressource : l'hystérectomie. Lorsque notre opération est bien menée, elle doit réussir presque à coup sûr, même dans les cas où on a épuisé toutes les méthodes que nous avons décrites dans le chapitre précédent, depuis le taxis jusqu'à la méthode d'Otto Küstner. De sorte que l'hytérectomie, malgré ses résultats immédiats brillants, perd une grande partie de ses indications et ne sera pratiquée seulement dans les cas où il existera une lésion de l'utérus, incompatible au bon fonctionnement de l'organe.

D'où vient donc la supériorité de ce nouveau procédé ? Pour quelles raisons doit-il réussir presque infailliblement ?

Il nous semble que son succès est dû à deux causes principales. L'incision, intéressant toute la paroi postérieure, permet de lever tous les obstacles à la réduction, que ces derniers siègent au niveau du col, du corps ou du fond utérin, ou même encore au niveau de l'infundibulum : lorsque après une hystérectomie pour inversion utérine, on essaie de faire la réduction pièce en main, on constate que l'incision du col n'est pas suffisante pour désinvaginer l'organe ; dans bien des cas, et c'est ce que fait remarquer Legueu, on arrive seulement à mobiliser l'inversion sur le col, on sent qu'il existe encore un obstacle au retournement ; au contraire, si on prolonge la section sur la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond, la réduction se fait naturellement. Avec notre procédé, ce dernier résultat doit être obtenu, puisque l'incision part du cul de sac vaginal et se prolonge jusqu'à l'extrémité du sac utérin.

Un autre avantage que nous procure le procédé : par l'ouverture large que nous avons produite, nous pourrons dans le cas de péritonite infundibulaire, décoller les organes voisins, dégager les annexes et rompre les adhérences s'il en existe.

La seconde cause du succès se trouve dans ce fait, que le chirurgien peut opérer sa réduction à l'extérieur, en dehors même de la cavité vaginale. Si on jette les yeux sur la planche III on voit que l'opérateur peut exécuter tous les mouvements qu'il veut, une simple valve lui permet d'avoir un vaste champ opératoire.

La réduction, d'ailleurs, est aussi simple que possible. Dans la méthode d'Otto Küstner, la section n'intéressait pas le col lui-même, elle commençait plus bas au niveau de l'isthme, aussi pour repousser le fond de l'utérus dans la cavité abdominale et le faire passer au niveau du col rétréci, il fallait le comprimer au maximum et réduire son volume le plus possible. Avec notre nouvelle méthode on ne fait même plus de désinvagination à proprement parler, on se contente de dérouler simplement l'utérus sur lui-même, de ramener en avant la surface de section que l'on avait produite sur la paroi postérieure.

Un grand inconvénient à la méthode de Küstner était l'impossibilité de suturer la boutonnière faite à la paroi utérine, on s'exposait ainsi à avoir des complications péritonéales et même des ruptures utérines, si la femme redevenait enceinte. Dans la colpohystérotomie postérieure, la réduction est faite dans le vagin, on a sous les yeux la plaie utérine et on peut facilement en faire la suture avant de replacer la matrice dans la cavité abdominale.

On peut se demander maintenant ce que deviendra l'utérus traité par le nouveau procédé. Pourra-t-il reprendre ses fonctions ? La lésion provoquée par le traumatisme chirurgical rendra-t-elle encore possible la gestation sans accident ?

Quoique notre méthode soit encore récente, nous pouvons répondre que les résultats éloignés en sont excellents. Jusqu'ici, à cause de la rareté de l'inver-

sion et surtout de l'inversion irréductible, le procédé n'a été appliqué que cinq fois. Mais dans les cinq observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que les suites opératoires ont toujours été excellentes et que les cinq opérées ont recouvré une santé parfaite. Deux d'entre elles sont redevenues enceintes ; l'une avait été opérée à Stockolm, par Westremark ; l'autre, par M. Duret. Nous avons pu suivre cette dernière et jamais, depuis son opération, elle n'a accusé aucun trouble du côté de l'appareil génital. Ses règles sont revenues normales, sans douleur, et au mois de mai 1899 elle est devenue enceinte. Sa grossesse fut excellente, pas de douleurs, pas de vomissements. L'accouchement eut lieu le 24 février 1900 et à part un incident dans la délivrance, tout se passa très bien.

Les chirurgiens italiens Morisani et Enrico Sava ont eu l'obligeance de nous donner des nouvelles de leurs opérées et ils nous ont appris qu'elles vivaient de la vie commune et se livraient aux plus grandes fatigues sans éprouver le moindre accident.

En résumé, la colpohystérotomie postérieure a donné, jusqu'ici, cinq succès complets sur cinq opérées et ces beaux résultats ont été obtenus dans des cas graves, où l'hystérectomie aurait du être pratiquée et était même décidée en principe. Il faudra donc la tenter dans tous les cas désespérés ; si elle ne réussissait pas, le chirurgien pourra toujours terminer par une hystérectomie, car, en somme, la colpohystérotomie constitue le premier temps de cette dernière opération.

Contre-indications. — Les contre-indications de notre méthode sont peu nombreuses, elles sont toutes tirées de l'état de l'utérus. Lorsque l'inversion est compliquée de fibromes, de cancer, de métrite gangréneuse, de pyométrite ou de lésions annexielles graves, il n'y a pas d'hésitation, car l'affection concomittente est, à elle seule, une indication suffisante. Il faut admettre aussi que chez les femmes âgées, surtout si la lésion est ancienne, il sera quelquefois préférable de pratiquer l'hystérectomie, car, en définitive, la colpohystérotomie est plus difficile à exécuter et demande au chirurgien plus de précision, de sang-froid et surtout de patience.

Historique. — Avant de décrire la technique de notre opération, disons un mot de son histoire.

C'est au mois de juin 1898 que M. le prof. Duret imagina et exécuta cette méthode de traitement. Il y fut amené par les circonstances suivantes :

Ayant d'abord fait les incisions d'Otto Küstner et ayant ensuite tenté de réduire l'inversion, cela lui fut impossible. Il eût alors l'idée de poursuivre plus loin l'incision, de l'étendre jusqu'au fond de l'utérus et alors la réduction fut possible. Notre maître inventait ainsi de toutes pièces une nouvelle opération pour le traitement de l'inversion utérine. Il croyait être le seul à avoir employé cette méthode, lorsque le Dr Piccoli, de Naples, lui adressa une réclamation de priorité. En 1893, ayant à sa disposition un utérus inversé qu'il venait d'enlever par l'hystérectomie vaginale, le professeur italien chercha à réduire

l'inversion et il n'y parvint qu'en prolongeant l'incision commencée sur la face post de l'utérus jusqu'à son fond. De là lui vint l'idée d'un procédé nouveau dont il entretint les membres du Congrès international de médecine de Rome en mars - avril 1894. M. Duret, tout en faisant remarquer qu'il ignorait complètement le mémoire de Piccoli, qui d'ailleurs n'était cité dans aucun ouvrage classique récent, reconnaît volontiers la priorité réclamée par le chirurgien napolitain, mais il fait observer « que la description opératoire de « Piccoli est sommaire, insuffisante en ce qui con- « cerne le mode de suture de la plaie utérine et « montre bien que l'auteur n'avait pas exécuté, sur « le vivant, l'opération qu'un essai sur le cadavre « l'avait amené à concevoir. » (Semaine gynécologique, 1898.)

En 1896 et 1897 deux chirurgiens italiens, Morisani et Enrico Sava exécutèrent sur le vivant le procédé de Piccoli. Ces opérations que nous relatons à la fin de notre travail ne sont pas absolument identiques à celles de M. Duret, elles en diffèrent par des points de détails, mais cependant assez importants :

Dans le 1er temps, Piccoli fait de prime abord une large incision du cul-de-sac postérieur, tandis que Duret ne l'agrandit que secondairement, pour permettre la réintroduction de l'utérus déjà reconstitué sur toute la longueur du corps.

Dans le 4e temps, Duret fait deux plans de suture, tandis que Piccoli n'en pratique qu'un ; en outre, Duret dissocie la suture du col d'avec celle du corps.

Il pratique d'abord la reconstitution du corps et, c'est seulement après que l'utérus est reconstitué et mis en place, qu'il répare le col dans un 6e temps.

En faisant des recherches bibliographiques pour ce mémoire, nous avons découvert qu'un médecin suédois, Westermark, avait opéré et guéri par la colpohystérotomie un cas d'inversion utérine irréductible. Ce cas a été publié quelque temps après que M. Duret eut pratiqué son opération. On en trouve une première relation dans le journal suédois *(Svenska laharessallskapett forhodlengar* 1898, page 102), et plus tard dans un journal allemand *(Centralblatt fur Gynakotogie*, 1899, n° 4, page 106). Par une coïncidence bizarre ce chirurgien allemand ignorant les travaux de Piccoli et de Duret réclame la priorité de ce procédé qui lui est disputée par Esser Moller et Borélius.

Nous donnons à la fin de ce travail une traduction inédite de ces deux observations.

Nous nous trouvons ainsi en présence de cinq chirurgiens qui, ignorant les travaux des uns et des autres, ont imaginé et pratiqué avec succès une nouvelle opération conservatrice de l'inversion utérine.

Cette coincidence qui, au premier abord peut paraître étrange, s'explique facilement par ce fait que la colpohystérotomie postérieure est un perfectionnement apporté à la nouvelle méthode de Küstner. Ce perfectionnement doit venir immédiatement à l'esprit d'un chirurgien éclairé, qui n'arrive pas avec l'incision d'Otto Küstner à réduire la matrice.

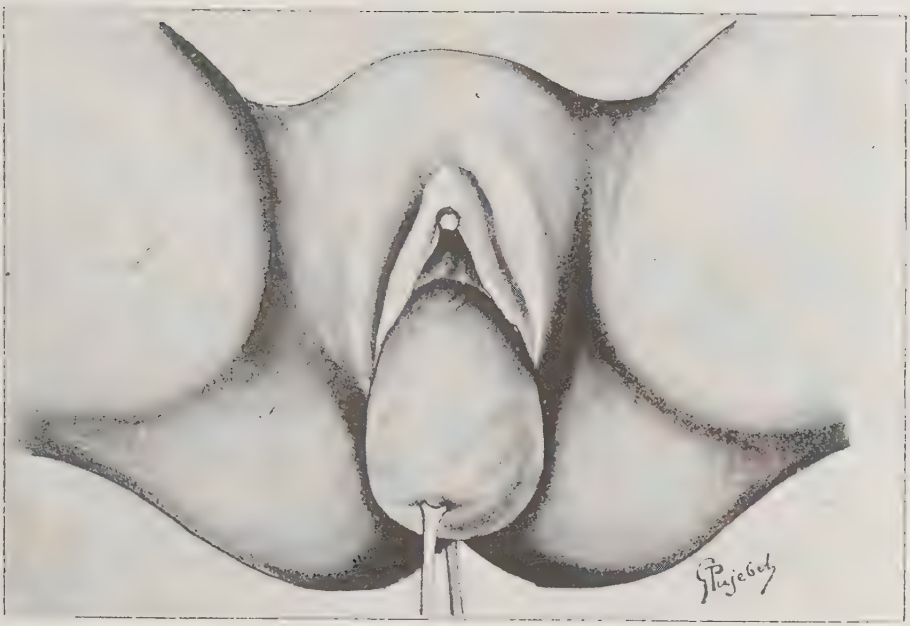

FIG. I.

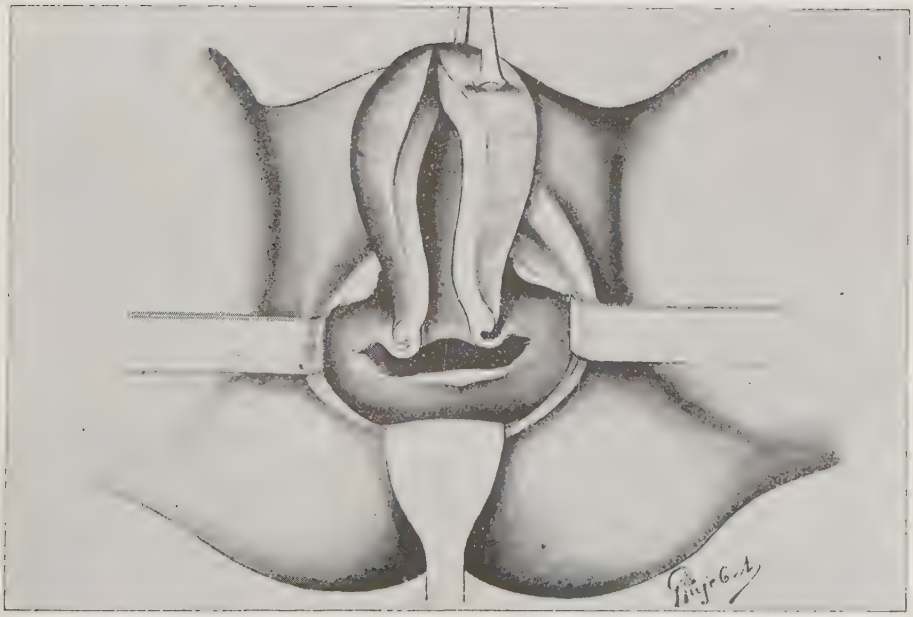

FIG. II.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

DE LA

Colpohystérotomie postérieure pour inversion utérine irréductible

Comme technique opératoire, nous préconisons celle que M. le professeur Duret a présentée au mois d'août dernier au Congrès de gynécologie et d'obstétrique à Amsterdam. Ce procédé a sur celui des chirurgiens italiens l'avantage de faire une occlusion complète de la cavité utérine et de diminuer ainsi les chances de scepticémie post-opératoire ; de plus en suturant le corps et le col en deux temps, on évite l'éversion ou l'éctropion du col. Les six gravures que nous avons ajoutées à ce mémoire permettent facilement au lecteur de suivre les temps de l'opération et expliqueront mieux que la meilleure des descriptions.

Avant l'opération, on prend les précautions antiseptiques ordinaires. Dans le service gynécologique de notre maître, les malades sont soumises pendant deux jours à une désinfection soigneuse : injection

vaginale deux fois par jour avec la liqueur de Van Swieten, tamponnement à la gaze iodoformée, bains, lavages.

1er Temps. — *Incision du cul de sac postérieur.* — Le fond de l'utérus est saisi avec une pince de Museux et attiré en bas et en avant; sous cette traction le col s'inverse complètement et se présente par la face muqueuse, reconnaissable aux rameaux de l'arbre de vie. On saisit entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, et on apprécie à travers son épaisseur le point où se trouve le museau de tanche. Immédiatement au-dessus de ce point, on fait une incision transversale dans le cul de sac vaginal postérieur ; cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, doit être pratiquée avec prudence, car l'infundibulum pelvien peut contenir des organes qu'il faut ménager.

2e Temps. — *Incision verticale médiane postérieure.* — A travers la boutonnière pratiquée dans le cul de sac vaginal, on explore avec l'index, l'infundibuleux et on se rend compte des organes qu'il contient. On enlève les adhérences et, s'il y a lieu, on maintient sur un point plus élevé par un tampon de gaze iodoformée l'intestin ou l'épiploon venant souvent faire hernie. Le long du doigt introduit dans l'infundibulum, on fait une incision verticale médiane intéressant toute l'épaisseur de la paroi postérieure de la matrice. Cette incision part du milieu de la lèvre antérieure de l'incision vaginale et se termine au fond de l'utérus. Elle doit être absolument médiane et

FIGURE III.

3e temps. — Le chirurgien est en train de retourner l'utérus, la surface séreuse de l'organe redevient extérieure.

FIGURE IV.

L'utérus est maintenant attiré en bas : l'inversion a été réduite, la surface séreuse est externe, la surface muqueuse est interne. On pratique la suture du **corps** par deux plans muco-muqueux et séro-séreux.

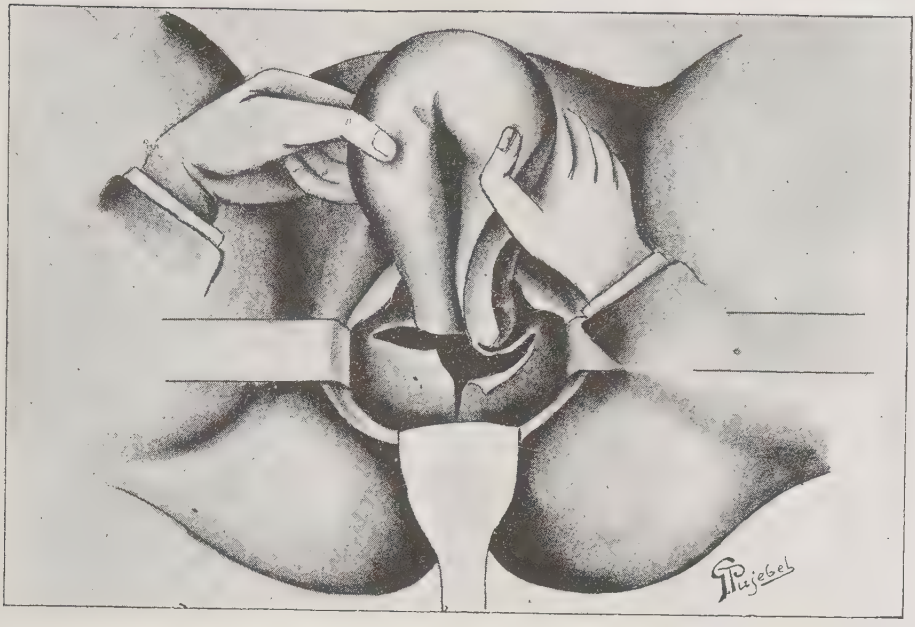

FIG. III.

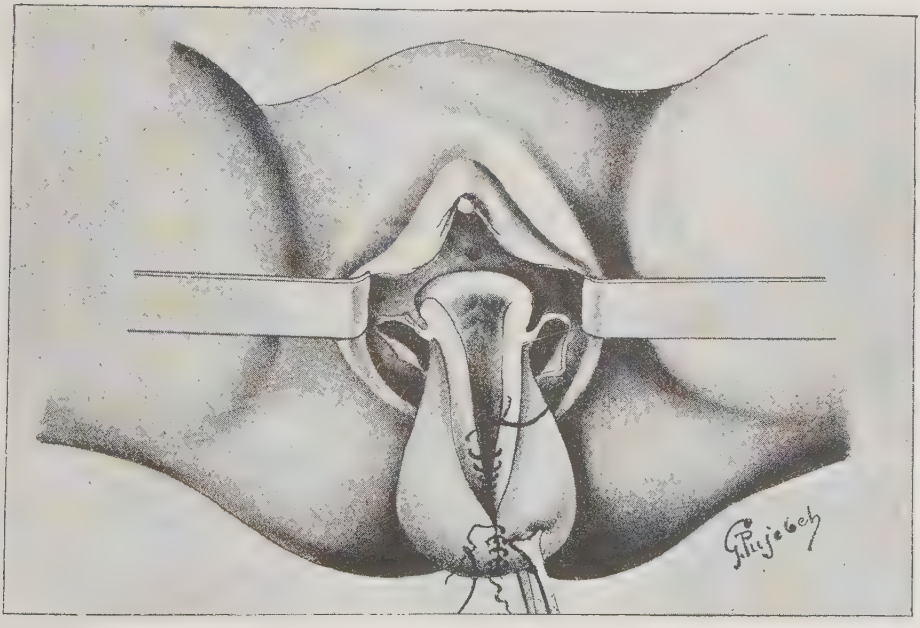

FIG. IV.

c'est à cette condition que l'on évitera l'hémorrhagie. Après ce second temps, le chirurgien a sous les yeux la cavité infundibuliforme représentant la surface séreuse de l'utérus inversé.

3e TEMPS. — *Réduction de l'inversion utérine.* — On applique les deux pouces sur la paroi antérieure de l'organe (face muqueuse) et on écarte avec les autres doigts les lèvres de l'incision postérieure, on arrive ainsi à retourner sur place les deux coques ou moitiés de l'utérus encore réunies en avant. La surface muqueuse qui se présentait à l'extérieur se trouve rentrée dans la cavité utérine. La ligne de section auparavant postérieure devient antérieure.

4e TEMPS. — *Reconstitution (par suture) du corps utérin jusqu'à l'isthme.* — La ligne de section de l'utérus est suturée, en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme : 1° par un plan de suture profond muco-muqueux ; 2° par un plan superficiel comprenant muscle et péritoine, tous deux au catgut fort. Cette suture est facile car en tirant sur l'organe avec des pinces de Museux, on arrive à avoir la ligne de section en dehors de la cavité vaginale. A la fin de ce 4e temps, la matrice se trouve dans la position qu'elle occupe après sa culbute dans l'hystérectomie vaginale.

5e TEMPS. — *Reposition de l'utérus.* — L'utérus se présentant désormais par sa face péritoniale reste encore dans le vagin. Il faut le réintégrer par la boutonnière vaginale du cul de sac postérieur jusque

dans l'excavation pelvienne. Cette ouverture, trop étroite pour permettre de réintroduire le fond de la matrice, est agrandie par une incision secondaire médiane, partant de la lèvre postérieure de l'incision primitive et poursuivie perpendiculairement vers la vulve. Par cette large fente peut être effectuée facilement la reposition de l'utérus, à condition de fixer les lèvres de l'incision par deux pinces maintenues par un aide.

6e Temps. — *Reconstitution du col utérin.* — Après réduction du corps utérin dans l'excavation, il faut terminer l'opération par la reconstitution du col utérin resté ouvert en arrière. Pour cela, la lèvre antérieure du col est saisie avec une pince de Museux et attirée en bas : on fait la suture depuis l'isthme jusqu'en bas du col : deux plans de suture au catgut, comme précédemment.

Pour assurer l'écoulement ou la résorption des liquides, qui pourraient se former au niveau de l'incision de la paroi postérieure, on fait un drainage soigné. Pour cela, on laisse ouverte la boutonnière vaginale et on place deux gros drains jusque dans l'excavation.

M. Duret conseille aussi de tamponner à la gaze iodoformée, de cette façon on empêche la rétroversion de l'utérus ; accident que nous relaterons dans l'observation de Westermark et qui est dû à ce que le médecin suédois ferme son cul-de-sac postérieur par une suture à la soie.

Figure 7

La saline : on voit clairement dans le sol les cristaux de sel. Autour d'un cristal abandonné à mi-cuve, la saumure vaporisée qui a été remplacée par une incision. Une tendance s'est opérée à la cristallisation de l'autre côté, par suite de la nature du sol.

FIGURE V.

La suture du corps étant faite, le chirurgien a réintégré l'utérus dans la cavité abdominale à travers la boutonnière vaginale qui a été agrandie par une incision longitudinale. C'est après la réintroduction de l'utérus que l'on pratique la suture du col.

FIGURE VI.

L'utérus est en place, le cul-de-sac postérieur est laissé ouvert; on fera à travers cette boutonnière vaginale un tamponnement à la gaze iodoformée pour éviter la rétroversion de l'utérus et faciliter la résorption des liquides septiques.

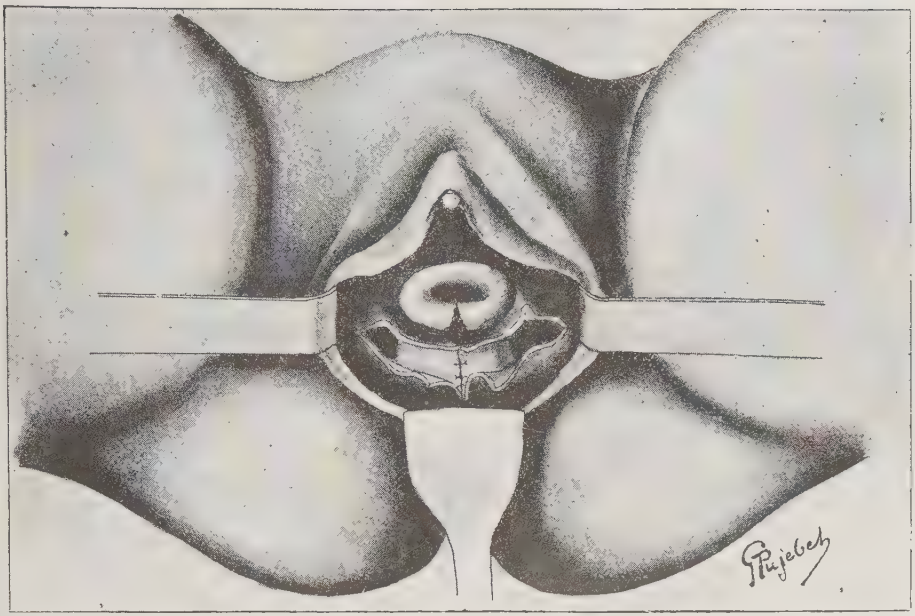

FIG. V.

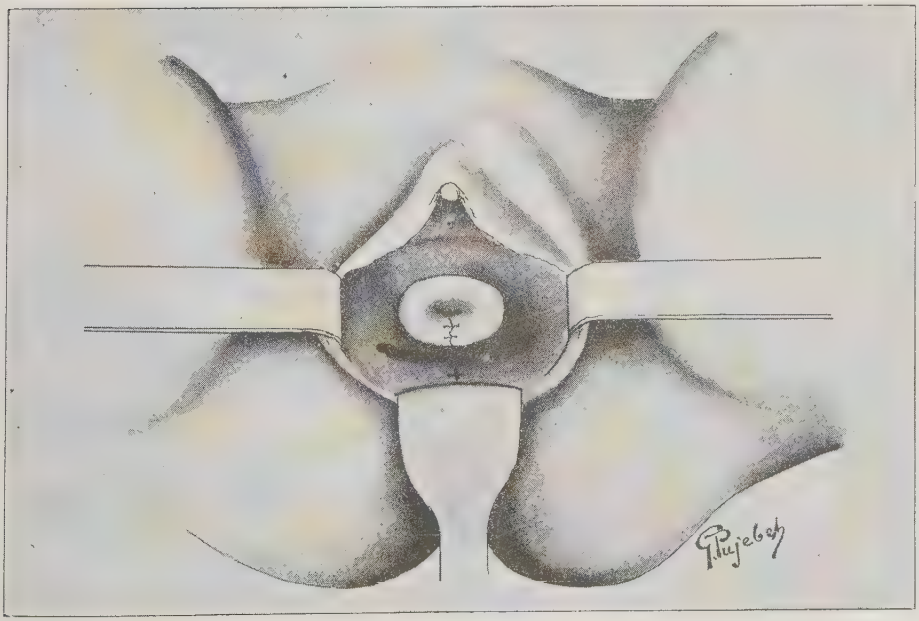

FIG. VI.

OBSERVATIONS

Observation I

Nouvelle opération conservatrice pour la cure de l'inversion utérine irréductible, par M. Duret, professeur de clinique chirurgicale, ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Le 6 juin 1898, entrait dans le service chirurgical de M. le professeur Duret, une femme, Joséphine Br..., 22 ans, atteinte d'inversion utérine. Cette inversion, consécutive à un accouchement, datait de plus de 6 mois et avait été produite par une traction trop énergique du cordon.

Méconnue d'abord, elle avait été ensuite diagnostiquée par un médecin appelé à soigner la malade pour des hémorrhagies et à ce moment des tentatives infructueuses de réduction avaient été faites sous chloroforme. La malade était dans un grand épuisement et très anémique. Le col de l'utérus largement ouvert, donnait passage à une tumeur rétrécie au niveau du col, ce ne pouvait être que le fond de l'utérus en état d'inversion, comme le démontrait du reste le palper abdominal.

Après chloroformisation de la malade, on fait des tentatives de réduction en cherchant par des malaxations sur le fond de l'utérus inversé, à en diminuer le volume et à faciliter sa réintégration à travers l'orifice du col; les manœuvres, ne donnant aucun résultat, ne sont pas prolongées davantage et M. Duret décide de pratiquer l'opération d'Otto Küstner.

Après avoir attiré en bas le fond de l'utérus et transformé ainsi l'inversion du 2me degré en inversion du 3me. Le chirurgien fait une large incision de la cavité de Douglas, immédiatement au-dessus du col. Par cette ouverture, il introduit le doigt dans l'anneau d'étranglement.

Il pratique ensuite sur la paroi postérieure de l'utérus une incision médiane et longitudinale, incision partant à deux centimètres du fond de la matrice et s'arrêtant à deux centimètres de l'orifice externe : elle intéresse toute l'épaisseur de la paroi, y compris le péritoine.

Malgré ce large débridement, M. Duret ne peut obtenir la réduction, l'orifice externe du col qui n'a pas été intéressé dans la section, met un obstacle absolu à la réintégration du fond de l'organe dans la cavité péritonéale.

Après plusieurs manœuvres sans succès, il ne restait plus qu'une ressource : l'hystérectomie. Avant de pratiquer cette opération, M. Duret eut l'idée de prolonger l'incision utérine en haut et en bas.

Grâce à cette section intéressant toute la paroi postérieure, le chirurgien put retourner sur place l'utérus inversé et après l'avoir suturé il le réintégra dans la cavité abdominale. Pour les détails de cette intervention, M. Duret suivit mot pour mot le procédé décrit au chapitre « technique opératoire » et nous y renvoyons le lecteur.

Suites opératoires. — Les résultats opératoires furent excellents ; la femme n'eut jamais d'élévation thermique et se levait au quinzième jour. Elle sortait de l'hôpital le 24 juin complètement guérie.

État le 1er juillet 1900. — Nous avons suivi notre malade après sa sortie de l'hôpital, et nous avons pu l'examiner en détail ces jours derniers. Voici le résumé de son histoire : Depuis le 24 juin 1898, notre opérée n'accuse aucun trouble du côté des organes génitaux, elle peut se livrer à des exercices fatigants sans éprouver la moindre douleur.

Menstruation. — Ses règles ont reparu au mois de septembre 1898, c'est-à-dire 3 mois après son opération, elles ont toujours été régulières sans être trop abondantes ; un peu de leucorrhée et de sensibilité du côté des annexes.

Grossesse. — Au mois de mai, les règles disparaissent et en même temps on constate les signes de la grossesse du côté des seins et du ventre. Aucun incident à signaler pendant cette période.

Accouchement. — L'accouchement a lieu à terme le 24 février 1900. La sortie du fœtus est facile et normale, les douleurs ne durent que quelques heures. Pendant la période de délivrance, la malade est prise d'hémorrhagie et la sage-femme est obligée d'aller décoller le placenta dans l'intérieur de la cavité utérine. Les suites de cette accouchement furent un peu plus longues que d'ordinaire à cause de la perte de sang et de l'intervention de la sage-femme, mais la malade était complètement remise un mois après.

Examen local. — Le 1er juillet 1900, nous pratiquons le toucher vaginal : l'utérus est en place, mobile et en anteflexion normale. Le col est gros, à l'examen au spéculum on voit des mucosités sortir de l'orifice, la lèvre postérieure présente en son milieu une petite dépression, trace de l'incision opératoire, on voit aussi des ulcérations et des fongosités indiquant une métrite cervicale. Les culs de sac sont libres, la boutonnière vaginale est cicatrisée. On provoque un peu de douleur quand on exerce une pression sur les ovaires.

L'état général de l'opérée est excellent, elle allaite son enfant sans aucune difficulté.

Observation II

Un cas d'inversion chronique de l'utérus traité par la colpohystérotomie postérieure, par M. le Professeur Morisani, de Naples.

La malade était une jeune femme, âgée de 25 ans. Après deux années de mariage, elle devint enceinte. La première partie de son accouchement se passa péniblement : elle fut placée sur deux chaises et expulsa un fœtus à terme. Mais le placenta ne sortant pas facilement, la sage-femme fit des tractions énergiques, elle parvint à l'extraire, mais il s'écoula une grande quantité de sang. C'est seulement quinze jours après, au moment d'un cathétérisme, la malade faisant effort, qu'on vit sortir des voies génitales une tumeur grosse comme une tête de fœtus, rouge, saignant abondamment.

Un médecin appelé conseilla l'application d'un mouchoir imbibé d'huile d'amande. Elle resta ainsi pendant sept années; elle perdait du sang à chaque effort. Pendant trois années elle vint à la clinique où on lui appliqua de temps à autre un colpeurynter de Braun sans grand résultat; et nous lui conseillâmes de chercher la guérison dans une opération.

Elle vint dans le service de M. le professeur Morisani qui essaya encore une fois le pessaire à eau de Braun, sans succès.

Le 6 février 1896, ayant asepsié les voies génitales, ce chirurgien, saisissant le col avec des pinces de Martin, appliqua un tube élastique sur la partie la plus élevée de l'utérus inversé, et par une légère traction, l'amena hors de la vulve. Il s'aperçut alors que le pédicule de la tumeur était formé par le col utérin et qu'il avait transformé une inversion du deuxième degré en troisième degré. Il saisit alors la lèvre postérieure avec deux pinces de Martin, supprima le

lien élastique et attira l'utérus en haut, vers le pubis, après l'avoir entouré de gaze stérilisée.

Il fit ensuite une ouverture d'un centimètre et demi au cul-de-sac, ouvrit l'espace de Douglas, introduisit l'index dans l'infundibulum péritonéal de l'inversion et fit de nouveau une tentative de taxis.

Alors il agrandit l'incision du cul-de-sac vaginal et ouvrit plus largement l'espace de Douglas, d'un ligament sacré à l'autre suivant une légère courbe. La phalange unguéale de l'index fut alors introduite dans l'infundibulum de l'inversion et servit de guide à un bistouri boutonné avec lequel il commença à inciser verticalement sur la surface médiane, la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus, en allant de l'orifice externe vers le fond.

Il s'arrêta un instant dans l'incision pour faire une nouvelle tentative de réinversion, mais inutilement. Il fut contraint de prolonger l'incision verticale jusqu'au fond, et quand l'infundibulum fut totalement ouvert, en plaçant les pouces sur la surface de l'utérus de chaque côté de l'incision, en combinant des mouvements de pression des pouces sur la base de la tumeur et des tractions en dehors des lèvres de l'infundibulum avec les autres doigts, il obtint la réinversion avec une facilité extraordinaire. La paroi postérieure divisée devint antérieure, et la surface péritonéale primitivement interne se trouva en dehors, L'utérus était alors dans la position qu'il occupe après sa culbute dans l'hytérectomie vaginale. Si l'on veut me permettre une comparaison, l'utérus se réinverse comme la manche d'un habit qu'on retourne.

Il s'écoula peu de sang des surfaces cruentées, hormis d'une petite artère de la paroi droite, juxtapéritonéale.

Ne pouvant lier isolément le petit vaisseau, avec une aiguille courbe, on passa un fil à 3 millimètres du bord de l'incision et on le lia sur le péritoine : l'hémostase fut complète.

Les parties cruentées du corps et du col furent rapprochées

et réunies par leur surface péritonéale, à l'aide de 12 points séparés profonds et de deux superficiels avec du fil de soie aseptique.

La suture étant terminée, l'utérus fut repoussé à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur, de manière à faire rentrer d'abord le col puis le fond, de telle sorte que l'organe se trouva à sa place dans une légère antéversion.

Le professeur Morisani préféra laisser ouvert le cul-de-sac postérieur et, après une abondante irrigation avec l'eau stérilisée, il remplit le vagin avec de la gaze, de manière à maintenir l'utérus dans la position voulue.

Les suites opératoires furent un peu entravées par un catarrhe bronchique et par une élévation de température qui au 6e jour atteignit 40° ; mais une injection hypodermique de quinine et une injection intra utérine de sublimé au 1/500e arrêta les manifestations et le 10e jour la malade quitta le service dans d'excellentes conditions.

Elle fut revue 18 mois après : l'utérus était en bonne position et ses fonctions étaient normales.

Etat actuel. — M. Morisani a bien voulu nous donner des renseignements sur les suites éloignées de l'intervention, voici ce qu'il nous écrit en mai 1900 : « état parfait de santé, règles normales, n'est pas redevenue enceinte. »

Observation III

Un cas d'inversion de l'utérus opéré par la colpohystérotomie postérieure, par Dott. Enrico Sava, de Naples.

Giovanina P..., des environs de Naples n'a aucun antécédent, a toujours joui d'une bonne santé, est réglée normalement depuis l'âge de 15 ans. Elle devint enceinte à 17 ans et la grossesse suivit un cours régulier. La première partie de

l'accouchement fut bonne, mais l'extraction du placenta fut très pénible à causes d'adhérences presque totales. La sage femme, sachant que l'enfant était le fruit d'une union illicite et ne comprenant pas la gravité du cas, n'appela pas de médecin, elle exerça des tractions énergiques sur le cordon en même temps qu'elle exprimait fortement l'utérus. Celui-ci s'inversa totalement et le placenta resta adhérent. Un médecin fut alors appelé, qui détacha le placenta et repoussa l'utérus sans réduire l'inversion.

L'hémorrhagie fut grave pendant la première heure, et ensuite irrégulière. Le 13e jour, l'utérus se prolaba de nouveau : le médecin le repoussa dans le vagin et, pour éviter qu'il ne retombât, appliqua un gros pessaire qui causa pas mal de douleurs et ne resta en place que quelques jours, les hémorrhagies continuant et devenant plus graves. Le Dr Gregorio fut appelé : il en reconnut la véritable cause, c'est-à-dire l'inversion dont il tenta vainement la réduction manuelle. Il se contenta alors d'introduire des tampons vaginaux qu'il laissait en place 24 à 48 heures dans le but non seulement d'arrêter les hémorrhagies mais d'opérer peu à peu la réduction.

Après 3 mois celle-ci avait fait peu de progrès. Il pensa alors que la malade gagnerait beaucoup pour le rétablissement de sa santé, si l'on pouvait avoir recours à une opération rapide.

Le 20 juin 1897, cette opération fut faite par M. le Dr Sava avec l'aide des docteurs Murando, Poso, Peli, Gregorio.

La malade offrait à ce moment tous les caractères d'une personne atteinte d'anémie grave. L'utérus était de volume normal.

Opération. — Après narcose chloroformique, on essaya sans succès de réduire l'inversion. Alors, avec la valve de Sims, écartant la paroi vaginale, on mit à découvert l'utérus inversé, et sur le bourrelet du col en rapport avec l'orifice externe on plaça le nœud coulant d'un tube

élastique portant une pince à pression, avec laquelle on exerça des tractions de manière à amener l'organe inversé en dehors de la vulve. Celui-ci fut alors porté en haut de façon à découvrir le cul de sac postérieur du vagin; après quoi on incisa la paroi vaginale à un centimètre de son implantation sur le col, sur un largeur de cinq centimètres.

Cette ouverture fut élargie de manière à ouvrir largement le péritoine.

Par cette brèche on introduisit l'index de la main gauche en supination, qu'on poussa peu à peu dans l'infundibulum. On chercha alors à explorer les annexes et on reconnut que les tissus étaient lisses et homogènes, et parfaitement sains.

Avec un bistouri boutonné guidé sur le doigt, introduit dans l'infundibulum, on incisa la paroi postérieure de l'organe en partant de l'orifice externe jusqu'à deux centimètres du fond : la réduction devient très facile. Après avoir écouvillonné la muqueuse avec un tampon à aigrettes, on pratiqua la suture de l'utérus avec quatorze points séparés, comprenant seulement la séreuse et la couche musculeuse sous-jacente, en allant du fond vers l'orifice externe.

La reposition de l'utérus dans la cavité abdominale fut d'abord impossible parce que l'incision du cul de sac vaginal était trop étroite. On fit une seconde incision verticale sur la paroi vaginale postérieure, longue de cinq centimètres et se branchant en T sur l'incision transversale. Par cette brèche plus ample, l'utérus fut remonté sans obstacle. On sutura au catgut l'incision verticale du vagin. Quant à l'ouverture transversale, elle fut remplie avec des lanières de gaze, afin de drainer. Et le vagin lui-même fut rempli de manière à maintenir l'utérus en antéversion.

L'opération dura un peu plus d'une demie heure. Elle aurait été beaucoup moins longue, si l'on n'avait pas perdu du temps à vouloir réduire l'utérus par une ouverture vaginale trop petite.

Aucun accident ni chloroformique, ni opératoire n'eut lieu : minime perte de sang.

Les suites opératoires furent nulles. Écoulement de sérosité les 3e, 4e et 5e jour. L'opérée se leva le quinzième jour.

En juin 1900, nous avons eu des nouvelles de la malade. Voici ce que nous écrit le docteur Enrico : depuis son intervention elle jouit d'une très bonne santé, n'a aucun dérangement du côté de la sphère génitale. N'est pas devenue enceinte.

Observation IV

Un cas d'inversion de l'utérus opéré par une nouvelle méthode de E. Westremark, à Stockholm. (Traduction inédite).

Le cas suivant d'inversion de l'utérus a été soigné pendant l'été de 1897, à Stockholm, à l'hôpital Saint-Séraphin. Il offre, au point de vue opératoire, un certain intérêt.

Numéro du journal : 166.

Augusta K..., 26 ans, mariée, est admise, le 27 septembre 1897, à la clinique gynécologique de l'hôpital Saint-Séraphin et la quitte guérie le 10 octobre.

Dès son jeune âge, la malade était atteinte de chlorose. Premières règles à 18 ans. Jusqu'à 20 ans, ses règles furent très irrégulières, mais depuis lors sont normales. La perte de sang a toujours été faible. Depuis longtemps elle a des varices dans les mollets.

5 août 1896. — Elle entre à la maternité générale de Stockholm, étant enceinte normalement. Une seule particularité : les mollets œdémateux. Elle accoucha avec difficulté d'un enfant à terme. Pendant la période qui suivit immédiatement l'expulsion du fœtus, elle eut une très forte perte de sang qui diminua de violence après expulsion du placenta par la méthode de Crédé. On fit de grands lavages intra-utérins avec de l'eau à 48° pour arrêter l'hémorrhagie, mais

il fallut continuer encore pendant quelques heures pour faire disparaître l'atonie du muscle utérin.

Pendant l'hémorrhagie, la patiente eut des symptômes anémiques graves, tels que bourdonnements d'oreilles, syncopes, ralentissement du pouls. On lui donna des stimulants. Le lendemain, le pouls devint meilleur, mais pendant les trois jours suivants l'hémorrhagie continua plus forte que normalément. Le quatrième jour, l'écoulement dégageait une mauvaise odeur ; la patiente avait des maux de tête, des frissons et de la fièvre.

11 août. — On constata des infiltrations douloureuses au niveau des varices du mollet gauche. Pourtant, la fièvre n'était pas excessive : le thermomètre indiquait le soir 38° à 38°2, le matin 37° à 37°5.

Vers les derniers jours d'août, l'écoulement cessa de sentir mauvais. Le 5 septembre, de nouveau, une hémorrhagie persistante qui dura 4 jours. Le 16, nouvelle hémorrhagie pendant 1 jour.

Pendant la 1re semaine qui suivit l'accouchement, elle urinait au moyen d'une sonde ; plus tard spontanément mais avec difficulté.

19 septembre. — Par le palper abdominal on n'arrive pas à sentir l'utérus. Au toucher on rencontre immédiatement dans le vagin une tumeur aplatie d'arrière en avant qui remplit complètement la partie inférieure du vagin ; elle s'amincissait par en haut et, là, disparaissait par un anneau assez grand. Cet anneau assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt était en rapport avec la partie supérieure et la plus étroite de la tumeur. Celle-ci qui se trouvait dans le vagin avait la forme et la grandeur d'un utérus dirigé par en bas.

Par le palper bimanuel on trouva que l'anneau ne se continuait par en haut que sur une longueur d'un 1/2 centimètre environ. La tumeur formée par l'utérus inversé était rouge foncée à la surface, inégale et recouverte de petites masses

fibrineuses. Les deux orifices des trompes se sentaient comme deux points plus mous dans les deux coins de l'utérus. On ne pouvait sentir les annexes par le vagin. On essaya de tenter la réduction sous chloroforme, mais elle fut impossible.

Un an après, la patiente entrait dans la clinique gynécologique de l'hôpital Saint-Séraphin. Elle présente l'aspect d'une anémique et est très amaigrie. Le cœur est hypertrophié à gauche et on entend à la base un bruit systolique très intense. La température du soir est 38°,3, le pouls est bon à 90. Pas d'albumine.

Après une heure d'investigation, on trouve la même chose qu'à la maternité générale.

Opération le 21 septembre 1897. — Après désinfection soigneuse du champ opératoire, on tente la réduction par le taxis.

Comme celui-ci ne réussissait pas, on fixa un anneau d'inversion avec une forte pince, et on commença à tirer avec précaution, en même temps on poussait sur le fond du sac utérin. On fit ainsi sans succès de nombreux essais de réduction. Enfin la place où la pince était fixée céda.

A cause de la fièvre continuelle, il n'était pas indiqué de tenter la réduction au moyen de colpeurynter. On se décida tout de suite à une opération sanglante.

On fit une section transversale au niveau du cul de sac vaginal postérieur, ouverture du péritoine. L'index est introduit dans l'infundibulum et le long de ce doigt on divise l'utérus depuis l'anneau d'inversion jusqu'aux environs du fond. Cette section intéresse ainsi toute la paroi postérieure de l'utérus.

Par de faibles pressions avec le pouce sur la paroi antérieure de l'utérus, pendant qu'en même temps avec les deux index on dirige en avant les lèvres de l'incision de la paroi postérieure, on arrive à désinvaginer très vite et très facilement.

A cette période de l'opération, il y avait une section trans-

versale du cul de sac postérieur. La paroi postérieure de l'utérus était dirigée vers la paroi antérieure du vagin et présentait une incision sur la ligne médiane. La surface péritonéale est placée en dehors. Ensuite la section de la paroi postérieure de l'utérus est remise par une série de sutures en anneaux de catgut solide.

Tout l'organe est ensuite réintroduit dans le ventre à travers les lèvres de l'incision transversale non encore réunie. La place vaginale est suturée à la soie.

Soir de l'opération. — Température 38°5. Etat général bon.

22 septembre. — T. : 38°3 matin ; 39°3 le soir. Pouls : 120 ; pas d'hémorrhagie, pas de symptômes de péritonite.

28 Septembre. — T. 38°6. Etat bon.

29 Septembre. — La température s'abaisse : elle atteint le matin 37°5 ; purgatif à l'huile de ricin. Les sutures sont enlevées de la plaie vaginale qui est guérie.

2 Octobre. — Il se déclare une périphlébite douloureuse de la cuisse gauche.

5 Octobre. — Plus de douleurs dans la cuisse gauche. T. 37°3. L'orifice de l'utérus est accessible au doigt et il est divisé. L'utérus est rétroversé, pas tout-à-fait mobile.

10 Octobre. — La malade sort guérie. L'utérus est un peu rétroversé et assez mobile.

4 Novembre 1898. — La malade s'est représentée à la polyclinique. Elle est enceinte de deux mois. L'utérus est toujours rétroversé.

Observation V

Trait de l'inversion chronique puerpérale, par Elis Essen Moller (traduction inédite). *Centralblatt fur Gynakologie*, n° 46, 1898.

La question du trait de l'inversion utérine puerpérale n'avait pas jusqu'ici trouvé de solution satisfaisante. On désirait

mais toujours vainement, de pouvoir rendre à la patiente les fonctions de ses organes, sans être obligé de recourir à une opération radicale. Le cas présent, qui a été soigné dans cette clinique par le docteur Jacques Morelius et que ce dernier m'a laissé à publier, est un nouvel appoint pour cette question.

Mme J. S., 30 ans, a toujours été bien portante. Les règles apparurent à 15 ans et toujours régulièrement. Mariée, il y a 2 ans, elle a accouché de son premier enfant, une fille, le 9 novembre 1897. L'accouchement a été spontané, la patiente ne se rappelle pas avoir eu immédiatement après une hémorrhagie plus considérable que d'ordinaire. La sage-femme déclarant que c'était nécessaire, introduisit, immédiatement après, la main dans l'utérus pour détacher le placenta. La patiente ressentit alors une violente douleur dans le ventre et eut une forte hémorrhagie qui dura assez longtemps. Un médecin appelé aussitôt après lui conseilla de se faire soigner à l'hôpital, mais la patiente ne suivit ce conseil que 5 mois 1/2 plus tard.

Pendant ce temps, tous les jours elle avait des hémorrhagies qui remplissaient à moitié le vase de nuit, et à la suite desquelles la patiente était très affaiblie.

État le 28 avril 1898. — La patiente est anémique au dernier degré, la peau est très pâle, les lèvres sont blanches. Elle est toujours obligée de garder le lit. Tendance à la syncope quand elle essaie de se lever. Pouls faible, 70 à 80 à la minute. Taux d'hémoglobine 80 % d'après Fleischl. A cause du mauvais état de la patiente, on fit seulement le toucher vaginal le 2 mai sous chloroforme. Le vagin est rempli par la matrice inversée complètement, la surface est de couleur rouge-violacée et saigne facilement lorsqu'on la touche. Par le palper bi-manuel, on trouve du côté du vagin et à la place de l'utérus un enfoncement à peine sensible. Pendant l'examen, on cherche, mais en vain, à faire la désinvagination manuellement. On ajourne l'opération à une époque où la patiente aurait repris quelque force. On lui donne du fer,

l'état s'améliore et le 26 mai Borelius put entreprendre l'opération. D'abord on tenta la reposition manuelle mais sans résultats; ensuite, on fit une section transversale du cul-de-sac du vagin et une incision de la paroi postérieure d'après la méthode de Kustner. La reposition ne réussit pas encore. On prolongea alors la section qui, cette fois, intéresse toute la longueur de la paroi utérine jusqu'à la section transversale du cul-de-sac.

On n'eut presque pas d'hémorrhagie. Comme il était toujours impossible de désinvaginer, les deux moitiés de la paroi postérieure de l'utérus furent saisies et repliées en avant. Par cette manœuvre, tout l'organe fut pour ainsi dire retourné, *encore toujours contenu dans le vagin le fond en bas.* Cette opération s'exécute très vite et sans de véritable difficulté, et en fin de compte toute la partie postérieure de l'utérus, qui avait été coupée, devint antérieure contre la paroi antérieure du vagin. Le chirurgien pratique alors la suture de l'organe en deux plans, en commençant par le fond. La suture de toute la paroi fut faite dans toute la longueur sans difficulté. Ensuite on réintroduisit l'utérus à travers la boutonnière vaginale dans la cavité péritonéale, où il se trouva dans sa véritable position. Le cul-de-sac de Douglas et le vagin sont alors recousus isolément. Le col de la matrice après l'opération est largement ouvert et laisse passer le doigt sans difficulté. On bourre le vagin à la gaze iodoformée.

Guérison sans réaction. — La patiente quitte l'hôpital le 19 juin. La plaie est complètement guérie; l'utérus est en rétroversion.

CONCLUSIONS

1° Grâce à la large incision libératrice, partant du col et remontant jusqu'au fond de l'utérus, la colpo-hystérotomie postérieure par la méthode de notre maître, M. le professeur Duret, ou celle du professeur Piccoli de Naples, est capable de réduire un grand nombre d'inversions chroniques regardées jusqu'ici comme irréductibles.

2° Elle constitue un traitement chirurgical vraiement *conservateur*, puisque sur cinq femmes opérées par cette méthode, deux sont redevenues enceintes ; l'une d'elles (cas de Duret) a eu une grossesse et un accouchement normaux ; les trois autres opérées ont recouvré une santé parfaite.

3° Elle diminue les indications de l'hystérectomie qui, à cause de la stérilité qu'elle entraîne, doit être considérée comme une méthode d'exception.

Paris, le 18 Juin 1900.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUDIGÉ. — *Contribution à l'étude du trait de l'inversion utérine chronique.* Thèse de Paris, 1881.

AVELING. — Leçon clinique sur 10 cas d'inversion utérine. (*British. méd. Jour.* Mars, 1886.)

BALDY. — Obs. *The médical an surgical.* Reporter, 25 juillet 1891.

Carl EVERKE. — *Monatsschrift für Geburtshülfe and Gynaklogie.* Vol IX, nº 1, page 89.

DENUCÉ. — *Traité de l'inversion utérine.* Paris, 1883.

DURET. — *Hystérectomie vaginale dans le cas d'inversion irréductible.* (Congrès international de Genève en 1896.)

DURET. — *Colpohystérotomie postérieure dans l'inversion utérine irréductible.* (Congrès de gynécologie et d'obstétrique d'Amsterdam. Août 1899.)

ESSEN MOLLER et BORELIUS. — *Centralblatt für Gynakologie,* nº 46, 1898.

LEGUEU. — Obs. *Société anatomique de Paris.* Juin 1894.

LEPRÉVOST. — Obs. Présentation de M. le professeur Tillaux. (*Bull. de la Société de chirurgie* pour 1888, page 503.)

LONGUET. — Hystérectomie vaginale pour inversion utérine. (*Gazette des hôpitaux,* nº 76, 1898.)

NETZEL. — *Hygica*, 1896. Bd. I, page 45.

PERSIN. — *Traitement conservateur de l'inversion chronique.* Thèse de Montpellier.

Otto KUSTNER. — *Centralb. f. Gyn.* 1894.

SALIN et JOSEPHOM. — *On inversro uteri Hygica*, 1892. Bd. II, page 55.

SICARD. — *Inversion utérine puerpérale et modes de réduction.* Thèse de Paris, 1892.

SWENSKA. — *Laharessallskapt forhordlenger*, 1898, page 102.

TASTE. — *Indications et traitement de l'inversion utérine.* Thèse de Lyon, 1897.

WESTERMARK. — *Centralblatt für Gynakologie*, 1899, n° 4, page 106.